

ПРИМЕНЕНИЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ТОРАКОСКОПИЧЕСКОЙ ГРУДНОЙ СИМПАТЭКТОМИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНОГО ГИПЕРГИДРОЗА

Стебунов С.С., Родионов М.М., Куптель М.А., Жук А.А.
*ГУ «Республиканская больница» Управления делами Президента
Республики Беларусь*

Заболеваемость первичным гипергидрозом составляет по статистике в среднем до 1% населения. Страдают в основном люди молодого, трудоспособного возраста. Исходя из этого, мы предположили, что среди молодежи этот процент значительно выше. Для подтверждения этого, нами был проведен анкетный опрос среди студентов 2-3 курсов БГМУ. Выявлено, что повышенное потоотделение, не зависящее от физических нагрузок и температуры окружающей среды, отмечают у себя около 34 % студентов. Из них

3.7 % характеризуют степень потения как выраженную и ранее пытались воздействовать на потоотделение различными медикаментозными и другими методами.

Гипергидроз кистей и аксиллярных областей приводит к социальной дискредитации пациента. Медикаментозные, физиотерапевтические и прочие методы вызывают лишь временное облегчение. Симпатэктомия, особенно эндоскопическая, приводит к немедленному и продолжительному улучшению с минимальными неудобствами для пациента.

Гипергидроз (повышенное потоотделение) имеет много причин. Среди них: тиреотоксикоз, сахарный диабет, климакс, акромегалия, туберкулёз, муковисцидоз, алкоголизм, стрессы и тревога, лимфогранулематоз, сифилис и др. Обычная первоначальная программа обследования включает в себя: общий анализ крови, сахар крови, реакция Вассермана, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки и исследование функции щитовидной железы, РВГ верхних конечностей. Только при исключении других возможных причин повышенного потоотделения и при наличии длительного анамнеза (как правило, страдают с детства) ставились диагноз первичного гипергидроза и показания к симпатэктомии.

С 1997 года нами проведено 44 торакоскопических симпатэктомии у 22 больных. И хотя большинство операций пришлось на 2003-2004 гг., наш опыт позволяет сделать выводы об эффективности и изучить отдаленные результаты применения эндоскопической симпатэктомии при лечении первичного гипергидроза верхней половины тела.

Возраст оперированных больных от 18 до 32 лет (средний – 23,4 года). Мужчин было 10, женщин – 12. У 2 пациентов наряду с ладонным и подмышечным гипергидрозом, наблюдалось повышенное потоотделение в области лица. Четверо больных страдали только гипергидрозом кистей, трое – локальным аксиллярным гипергидрозом. У остальных пациентов наблюдалось сочетание ладонного и аксиллярного гипергидроза.

Большинство больных до операции много лет пытались избавиться от повышенной потливости путем приема медикаментозных препаратов, инъекций ботокса и приема физиотерапевтических процедур, однако не имели эффекта или имели временное уменьшение потоотделения. Двум пациенткам ранее мы производили кюретаж подмышечных областей, т.к. они отказывались от симпатэктомии. После проведенного кюретажа больные отмечали положительный эффект в течение полугода, однако затем

потоотделение в подмышечных областях увеличилось до исходного уровня и им была произведена симпатэктомия в хорошем результате.

Все пациенты госпитализировались в день операции.

Торакоскопии проводились под общим обезболиванием как с раздельной интубацией (однолегочной вентиляцией), так и традиционной ИВЛ. Особое внимание уделялось скорости создания пневмоторакса и его удаления. Быстрое и массивное поджатие легкого, а также его расправление приводят к резкому смещению средостения и вследствие этого, появлению дыхательных и сердечных расстройств во время операции. Поэтому мы использовали методику медленного создания пневмоторакса до давления не более 5-7 мм рт.ст., а также отказались от использования отсоса для расправления легкого. Нельзя исключать также нейро-вегетативные изменения, происходящие при пересечении симпатических стволов. Несмотря на то, что все пациенты были молодого возраста без сопутствующих заболеваний, в 12% случаев во время наркоза возникали транзиторные нарушения сердечного ритма и проводимости.

Симпатэктомию выполняли электрохирургическим методом под контролем температуры кожи и с гистологической верификацией удаленных участков нерва. Вмешательство осуществлялось через два порта по 5 мм каждый в стандартных точках подмышечной впадины. Положение пациента на операционном столе — на спине. Незначительные неудобства при использовании двух портов компенсировалось минимальной операционной травмой. После визуализации симпатического ствола производилось надсечение плевры над ним и выделение нерва на протяжении от 2-го до 4-го симпатических ганглиев с пересечением нервов Кунца. В большинстве случаев симпатический ствол пересекался ниже 2-го и 4-го ганглиев. В двух случаях лицевого гипергидроза частично иссекался нижний полюс 2-го симпатического ганглия. После иссечения и удаления нерва контролировался гемостаз, промывалась плевральная полость и под контролем оптики расправлялось легкое. Дренажа не оставлялось. Аналогичная операция производилась с другой стороны. После операции больные наблюдались в реанимационном отделении. На следующий день производился рентгенконтроль и больные выписывались домой.

Во всех случаях гипергидроз проблемных зон прекращался, уже на операционном столе ладони становились теплыми и сухими. У небольшой части пациентов появлялась проходящая компенсаторная потливость, чаще нижней половины спины, живота и бедер. У

некоторых пациентов отмечалась временная гиперестезия вокруг передней грудной стенки и неинтенсивные межреберные мышечные боли. Интересно, что у части пациентов после операции отмечалась сухость стоп. Таких описанных в литературе осложнений, как с-м Горнера, пневмоторакс, нагноительных заболеваний и кровотечений, мы не наблюдали.

При определении отдаленных результатов от 2 до 7 лет у всех пациентов продолжает оставаться нормальное потоотделение. Каких-либо негативных последствий, связанных с операцией, пациенты не отмечают.

Таким образом, двухсторонняя торакоскопическая грудная симпатэктомия является в настоящее время достаточно безопасным, самым эффективным и малотравматичным методом лечения повышенной потливости. Мы считаем это вмешательство методом выбора при ладонном, аксиллярном и лицевом гипергидрозе.